

その他

# 公平で効率的な在宅医療のための諸課題 フランスの在宅リハビリテーション現場からの考察

Issues in homecare system to  
improve efficiency within impartiality

折坂 義雄

Yoshio ORISAKA

## 抄 録

在宅医療を「だれもが必要な医療を必要な時に受けられる」という公平性の下に推進するためには構造的な改革が必要である。このためには在宅医療に関わりの深い医療専門職の独立開業制を創設することが有効である。医療制度が日本と似ているフランスでは在宅医療に早くから取り組んでおり、理学療法士の開業制は戦後すぐから実施され、在宅医療の一部として定着している。日本における有効性と実現可能性を検証することを目的として、フランスの医療制度に関する文献研究とパリでの在宅リハビリテーション<sup>[注1]</sup>の各階層施設の視察をもとに考察を行った。この結果、構造的な改革の一つとして理学療法士の開業制を導入することは、現在の、介護施設や医療施設に所属する仕組みを越える幅広い効果があるとともに、日本においても一定の条件の下に、実現可能性が高いと判断される。

キーワード ■在宅医療, フランス, 理学療法士, 開業制, 地域再生

## 1. はじめに

医療費の増加は先進国共通の課題である。厚生労働省は患者ニーズに応じた効果的・効率的な医療・介護サービス提供体制を目指す「医療・介護機能の再編（将来像）」<sup>1)</sup>において、入院医療の機能分化と在宅医療の充実という方向性を示している。しかし、「だれもが必要な医療を必要な時に受けられる」という大前提の下にこれを推進するためには、病院と在宅医療の機能に関する構造的な改革が必要である。

在宅医療に早くから取り組んできたフランスでは、1957年度から公式に施行された「在宅

入院」(HAD: Hospitalisation à domicile)<sup>〔注2〕</sup>をはじめ、開業医療職、複合診療所、デイホスピタル（昼間病院）並びに病院で構成されるネットワークが、患者の生活の質を維持しつつ必要な医療ケアを供給している。後述するように、日本とフランスの医療制度は類似する面が多い。フランスでの取り組みは日本の在宅医療にとっても有益な示唆を与えるものと思われる。

フランスの医療制度に関する研究は特定の研究者が体系的に取り組んでいるものを除けば、英国のNHS（National Health Service）<sup>〔注3〕</sup>に関する研究と比べて数が少ない。一方でフランスの医療制度は2004年8月13日法以降、変化が急速に進んでおり、できるだけ新しい情報を得る必要がある。また、現場からの視察報告も看護師については一定数あるが<sup>〔2～4〕</sup>、リハビリテーションに関する研究や報告は、今後の少子高齢化社会における重要性が高いにも拘わらず、筆者が医中誌データベースで「フランス」をキーワードに2014年8月10日時点で検索した128件中2件<sup>〔5, 6〕</sup>のみである。

筆者は2014年3月に、パリ在住の開業理学療法士のご厚意で現地の在宅リハビリテーション現場の状況を視察する機会を得た。在宅医療の中でもリハビリテーションは高齢者のADLの維持・改善に止まらず、若年者の就労能力の回復においても、重要な役割を果たしている。

フランスにおける在宅医療と病院機能の連携を、在宅リハビリテーションの側面から観察することをテーマとして視察を計画した。今回コーディネートして頂いた立花祥太郎氏は、本業の傍ら、母校の専門学校で教鞭を執り、パリ第5大学で学び、2編の論文が日本のリハビリテーション専門誌にも掲載されている多彩な人材である。このため筆者の会話能力の不足を補う一方で、フランスの制度についても貴重な情報を得ることができた。さらに、立花氏はパリで生まれ育つ一方で、両親が日本人であるため幼少時から毎年日本で夏期休暇を過ごしており、制度の根底にある国民性の違いについても重要な示唆を頂くことができた。本稿では第一に先行研究及び今回フランスで入手した書籍・資料によって、フランスの医療制度の概要を紹介し、第二に、短い期間ではあったが、パリでの在宅リハビリテーション現場の状況を紹介し、第三にこれまでの文献的研究をもとに、日本における医療専門職の開業制度の導入について、パリの現場の状況と関係者との意見交換を踏まえて考察する。具体的には、①医療専門職の開業制度の日本における有効性、②開業制度を実現するための制度的課題、③開業制度を実現するための国民意識面の課題を検討し、まとめとして日本での在宅医療制度への導入可能性を示したい。

## 2. フランス医療制度の概要

### (1) フランスの医療制度が日本に示唆を与える理由

先進国の医療制度は次の三形態に大別できる<sup>〔7〕</sup>。①医療の提供は主に国家が組織し、税を財

源とする「国営型」、②医療の提供は病院、開業医など民営化されている部分があり、社会保険と一部公費を財源とする「医療保険型」、③公共的医療保険の対象は、最貧者、高齢者、障害者など最低限であり、その他全員は民間の医療保険を利用する「自由形」である。日本はフランスと同様に②の医療保険型に属する。医療供給体制面でも医師の自由開業、患者のフリーアクセスなど、日本との類似点が多い。行政的には医療費の増加への対応に迫られており、医療制度改革を急速に進めてきている点でも共通している。また、フランスでは在宅医療の経験が長く、住民の中に定着している。在宅医療への転換を医療制度改革の重要課題として取り組んでいる日本にとって、有益な示唆が得られるものである。

しかし、一方で、異っている部分も多くあり、大枠では類似していても制度の細部での違いもある。それらの違いの中には歴史的に培われた国民性や固有の価値観などの社会的、精神的背景に根ざすものもあり、単純に外形だけで制度の是非を論じることは適当でない。今回の視察では、意見交換や訪問診療同行を通して供給側、患者側の意識面の違いを理解することにも留意した。

最初に、論点を進める上で必要な範囲で、彼我の制度や社会的背景の類似点と相違点を中心に制度の紹介をしたい。

## (2) フランスと日本の類似点と相違点

フランスの医療制度を医療保険、医療供給体制、社会的背景の3分野から述べる。類似点の第1の医療保険については、まず公的な医療制度であり、全居住者（国民以外を含む）をカバーする「基礎的制度」として、被用者を対象とする一般保険（民間商工業者）と特別制度（公務員、船員、鉱山等特定職域ごとに設立）、非被用者を対象とする農業制度と独立労働者社会制度、さらに、日本にはない分野として、非加入者を対象とする普遍的医療制度（6か月以上の滞在者）と国家医療扶助（短期滞在、非正規滞在）の4区分がある。この上に、基礎的制度と併用する「補足的医療保険制度」として共済組合、労使共済制度、営利保険会社の3種類がある<sup>[注4]</sup>。補足的という名称ではあるが、被用者を加入させることが雇用主に法律で義務づけられている。さらに保険料や保険給付の内容についても国の強い統制がある。

類似点の第2の医療供給体制については、基本的に医師の自由開業が認められている。病院は国営が多いが民営も認められている。患者のフリーアクセスが基本であったが、2004年8月13日法によって、かかりつけ医を各人があらかじめ決めておくことが義務化された。ただし、イギリスのGP（General Practitioner）のような強制的なゲートキーパー機能ではなく、診療費部分の自己負担率が通常30%であるのに対して、かかりつけ医以外での診療は40%になるという、ゆるやかな規制によって誘導している<sup>[注5]</sup>。診療報酬は原則は出来高制であるが、入院に関しては2004年から公立私立にかかわらず、DRG（Diagnosis Related Groups）<sup>[注6]</sup>に基づく1入院当たり包括払い方式が導入された<sup>8)</sup>。

類似点の第3は医療改革の社会的背景である。まず、医療費の急激な増加を抑制する必要性に迫られていることである。そして改革に当たっては、基本理念として競争原理至上主義でなく、「連帯原則」<sup>9)</sup>を基本にした公平性を守ってきた点でも、国民皆保険を厳守する我が国と共通性が見られる。次に、高齢者の急増が医療・介護での差し迫った課題になっているということである。このため、リハビリテーションの分野でも、在宅リハビリテーションの需要に対して理学療法士の数が不足する事態が生じてきている<sup>10)</sup>。

次に、相違点の第1はフランスでは設置者として国公立の役割が大きいことである。病院の公私比率は完全入院の病床数で国立 277,910 床に対して私立 153,764 床（2008 年）と国立が多い<sup>11)</sup> [注7]。医療水準も国立が

表 1：日仏の設置者別病床数比較

	総数	国公立等		民営	
日本	1,573,329	472,911	(30.1%)	1,100,418	(69.9%)
フランス	431,674	277,910	(64.4%)	153,764	(35.6%)

日本：厚生労働省医療施設動態調査（平成 26 年 1 月末現在）

フランス：フランス医療関連データ集（2011 年版）在宅入院を除く完全入院のみ

高い。「MRI、CT の導入には許可が必要であるが、（中略）外来患者は開業医の処方箋のみで総合病院や独立の検査施設、画像診断センターで検査

が受けられる。患者にはフィルムと放射線科専門医による読影結果が渡される。患者はそれを持って再度自分の医師のもとを訪れ、再度診療を受ける。このため、大きな設備投資なく、専門医として開業を続けられる。一般医も各科の専門医とネットワークを形成し、バーチャル総合病院のような制度が在宅医療で実現」している<sup>12)</sup>。相違点の第2は医師以外の医療専門職の開業が認められていることである。看護師に加えて、「5種類の医療従事職が開業を認められている。日本と共通する理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の3職に加えて近年日本でも重要性が浮上しているフットケアセラピストそして、Psychomotricien（PM）と呼ばれる発達障害や多動性障害または認知症に関するセラピスト」がある<sup>13)</sup>。これらの各職は単独又は同一職が共同で診療所を開設し、あるいは異なる職で多機能診療所を開設している。ちなみに理学療法士総数の内で開業は約 80% である<sup>14)</sup>。医師の業務内容は、診察し診断し処方箋（Ordonnance, Prescription Médicale）を書くのが仕事であり<sup>15)</sup>、コメディカル専門職は診断に基づき技術の提供を行う。処方箋を軸にして、開業看護師、開業専門職、開業薬局、検査専門機関の分業による治療と保険請求の仕組みが成り立っている。

### 3 パリでの在宅リハビリテーションの視察

今回の訪問先は在宅に近いものから順に、個人診療所、複合診療所、デイホスピタル、パリ国立病院グループ本部である。以下、日程に沿って報告する。

#### ①個人診療所、対応者：開設者立花祥太郎

診療所の内部は治療スペース、事務スペース共に極めて狭い。この場所は先代と2年間一緒



に仕事をしたあとで譲り受けて開業している。現在も、別の理学療法士と診療時間を分担している。パリは家賃が高いため狭い空間を有効に利用している。医師の処方箋による診療の指示から、請求支払までの流れを聞いた。全ての過程はオンライン化されており（SIAM“Système Information Assurance Maladie”）<sup>16)</sup>、処方箋はオンライン、ファックス、又は手書きで診療所へ送られる。さまざまな処方箋の現物を拝見し、未記入の用紙を頂いた。保険給付は日本と言う償還払いだが、療法士がプロフェッショナルカード<sup>〔注8〕</sup>での認証を経て、診療領収書をオンラインで被用者疾病金庫（casse）<sup>〔注9〕</sup>へ送ると、そのデータは補足的医療保険の機関へも転送され、患者はどちらへも請求することなく両方の償還を受けることができる。大変合理的で、患者、保険者、医療機関それぞれにメリットがある<sup>17)</sup>。また、このオンラインシステムを利用して、医療費の使途だけでなく、ジェネリックの利用度、診療内容までチェックする中立的な第三者機関があることが医療への信頼感を高めている。

### 立花氏の診療所での治療見学

立花氏の診療所において、事前に患者本人の了解を得ていた治療に立ち会う。患者は女性21歳大学生。身長は目測140センチメートルと目立って小柄で少し肥満気味である。先天性機能発達障害があり、人工関節を入れているが、手術後しばらくして痛みと運動障害が生じた。継続的に理学療法をしないと機能障害が進む。治療の特徴は手技が中心で、ここでも機器は簡素である。この患者の場合、丸い棒の上に円盤をのせた器具でバランスのチェックとトレーニングをしていた。施術の途中で、筆者が「自宅でもエクササイズをしているか」と質問すると照れくさそうに笑って「あまりしていない」と答えていた。施術後立花氏から「毎日続けるよう」注意されていた。

診療所から出た後、立花氏は「現実には普通の大学生としての生活があり、症状がないのに毎日トレーニングを続けるのは難しい」とも言っていた。しかし週2回の通院治療は欠かさない。今後、身体の成熟、加齢に伴って、さらに高度の治療が必要になる可能性もあるとの見解であった。その場合は兆候が出てきた段階で病院と協議し、受入体制を準備しておき、移管するというシステムになっている。

### ②複合診療施設<sup>〔注10〕</sup>、名称：“kine-osteo-podo-psy”，対応者：施設代表 M. Edouard DOT

立花氏の診療所から徒歩10分の場所にある。パリによくある、キーロックで中庭へ入りそこから各家へ入る構造の建物である。外からではそこに施設がある事が分からない。立花氏によれば、キーロックの中という構造はデメリットもあるが、フランスの医療制度上飛び込み客はあまりないので、大きな支障はないとのこと。

当日はオーナーのEdouard DOT氏（理学療法士）が案内してくれた。見学している間に、フットケアの療法士が診療を終えて、出てきた。もう一人心理治療師と3人で共同経営してい

る。全体に狭いがトレーニングや治療スペースは機器の周囲に確保されている。地下も治療に使うが、ワインセラーとしても使っているとのこと。ここも狭い空間を機能的に使っている。設備はハンドルにかかる荷重で静的なバランスを判定するものが最も高そうだったが、50万円程度と見かけの割には安い。それ以外も設備としてはあまり高度なものはない。医療機関ごとの縦の棲み分けが機能していることの反映である。



写真 1 複合診療施設の機材

理学療法士の組織について、立花氏によれば理学療法士の8割が開業であり、協会には加入するが、技術面での横のつながりが殆どない。協会からはマネジメントの情報を得ている。技術面はテクニカル専門の雑誌で情報を入手するが、その組織に入っているのは1割程度で、会員外でも雑誌を購入できる。それらとは別に厚生労働省が加入を義務づけた職域管理組織としての委員会があり、強制加入である。理学療法士相互の連携として、フランスの特徴は療法士がそれぞれ得意分野を持っており、患者の症状に応じて異なるメソッドの療法士に患者を紹介しあって連携している。

クリニックの運営はトップの指示でなく、自分たち自身で自律的、自発的にマネジメントしている。（経費の分担、育児休暇80%勤務中の代替要員の確保など）

Edouard氏に、今このクリニックで欲しい職種はあるかと聞いたところ、即座に「看護師」という答が返ってきた。

### ③パリ国立病院グループ国際部, “Assistance Public Hôpitaux de Paris (France)”, 応対者：国際部代表 Dr Florence VEBER

この機関を訪問した目的は在宅入院 HAD (Hospitalisation à domicile) に関するヒアリングである。パリ市を含むイル・ド・フランスで、傘下に39病院、9万人のスタッフを擁する APHP での HAD の実施状況の説明を受けた。その中で、理学療法士が医師、看護師と並んでコーディネーターとなりうる資格を有するという、重要な位置づけをされていることが印象的であった。

### ④立花氏訪問診療同行

立花氏の診療所から徒歩10分ほどで、マンションの一区画にある単身の高齢者女性宅。ここでも事前に本人の了解を得ており、治療の立ち会いができた。どの部屋もきれいに片付いて

いる。ベッドの横にはポスターサイズの観音像の線画が掛かっている。治療はまず、ベッド上で上肢、下肢の屈伸運動を行う。はじめは穏やかな表情であったが、進むに従って、施術者の手に力が入るとしばしば苦痛の表情が表れる。次に廊下を往復しての歩行訓練で、はじめは施術者が肩を支えて付き添い、次に単独で歩行して両肩の位置を施術者がチェックしながら、アドバイスしている。全過程で30分弱で終了した。住み慣れた居室空間の環境と施療者と患者のコミュニケーションから、患者の緊張感の緩和という在宅医療のメリットが観察された。

⑤ デイホスピタル（昼間病院）<sup>[注11]</sup>、名称：“LA CHATAIGNERAIE CONVENTION (CARF)<sup>18)</sup>” 対応者：フロア主任医師

フロアごとに一つのユニットになっており、部屋の構成は同じである。廊下に沿ってセラピストの個室診療室が並び、室内は施術用のベッドの他に、事務・研究用のデスクと大きな背もたれ付きの椅子、作り付けの書棚というレイアウトは全室同じである。廊下の反対側には事務室の他、共用設備の部屋があり、フロアの端には広いトレーニング室がある。また、補装具制作室もある。さらに地下全



写真2 プールのアクセス設備

体がこの病院の特徴である大小の温水プールになっている。フロア毎に医療面の責任者(医師)とセラピストのチーフが置かれているが、治療内容は各セラピストに任されており、チーフは業務量が不均衡にならないように調整するのが役割である。各診察室は半日単位の勤務で複数のセラピストがシフトを組んで勤務している。立花氏はこの病院にもフロアチーフ代理として勤務している。

⑥ 専門学校、名称：IFMK ecole d'ASSAS (Institut de formation en masso-kinésithérapie)<sup>19)</sup>、対応者：校長 Jean-Jacques DEBIEMME

デイホスピタルから徒歩10分ほどにあり、立花氏とEdouard DOT氏の母校である。立花氏はこの学校の教員も兼ねている。学校は建物の一部を使用しており、教室、事務室、廊下どれも狭い空間を機能的に活用している。設備面では最近の日本の養成施設と比べて機械設備が少なく、道具を使用する手技と運動療法のための設備が殆どである。また、校長は小児科医であり、本年度から中国上海での実習講義を開始するなど、中国、日本のマッサージに対する新たな需要に対応するアグレッシブな教育方針を実践している。開業制が中心である事から、個々のセラピスト毎の得意分野の開発・差異化が求められることになり、技術だけでなく自己

開発という精神面も教育する取り組みが感じられた。

ここまで、個人診療所、複合診療所、デイホスピタルについて報告したが、それぞれの施設は個々の患者の治療に関して普段から連携しており、過剰治療を避けながらも、症状の変化に応じて適切な治療施設を利用でき、しかも施設間の移行は医療機関が判断して連絡を取り合うため、患者の負担も少ない。フランスにおける医療へのアクセス難易度は地域によって異なるため<sup>20)</sup> 断定は避けるが、今回視察したパリを含むイル・ド・フランスの範囲では、医療情報の透明化を目指したIT化の効果もあって現実には患者フレンドリーな状況になりつつある事を強く感じた。

## 4 在宅医療における開業制度の意義に関する考察

### (1) 患者の利便性の向上

#### 地域性による治療機会格差の是正

加齢が進むに従って行動圏が狭まり、「買い物難民」ということが過疎地だけでなく都市部でも問題になってきている。今後、医療についても同様な状況が増加する。とりわけ整形外科診療所は地方での偏在が大きい。リハビリテーション専門職の開業により、日常的な治療は身近な場所にあるリハビリテーション診療所で確保され、高齢患者の通院負担が緩和される。

#### 治療の質と生活の質（QOL）の両立

地域に密着した診療所では、顔が見える関係での治療が可能になる。個々の患者の病理的経過のみならず、生活環境まで考慮した治療と、他機関との連携がより効果的に実行できる。温かな接客は病院では得られない、やすらぎと信頼を患者に与える。パリで同行した外来、訪問それぞれの診療例ではいずれも施術者と会話しながらリラックスした空気の中で治療が進められ、治療に対する患者の反応が自然に把握されていたことが印象的であった。

また、重度者にとっては訪問リハビリが受けやすくなる。さらに在宅看護もネットワークに加わることで、介助者がいないことによる慢性期の入院を減少させる効果が生じる。総合的な効果として、医療の質を確保しながらきめ細かなリハビリテーションによってADLを維持し、対象者の生活の質を確保すると共に、医療・介護に要する経費も軽減することができる。

### (2) 医療供給体制の向上

#### 医療機関の機能分化促進

既に拡がりつつある「病診連携」の地域診療所にリハビリテーション専門職診療所が加わることによって、プライマリケアから高度先進医療まで医療機関の階層的なネットワークが強化される。この結果、在宅医療では地域に密着したきめ細かなケアを提供することが容易になる



一方で、医療機関の機能分化を促進させ、使用頻度の低い高度医療機器をそれぞれの医療機関が購入する等の経費的な非効率も抑制できる。

### 理学療法士の能力開発と多様化への発展

独立開業は収入と勤務時間を自己決定できるという大きなメリットがある。また、フランスでは、育児中の1年間は週30時間<sup>〔注12〕</sup>への短縮が法律で定められているため、休業や勤務短縮中の代替要員の需要が多く、専門職のパートという働き方が成り立っている。しかし自由は同時に競争を伴う。営業上の優位性を確保するためには技術の向上、競争性のある独自分野の能力開発が必要になる。フランスではスポーツ障害専門リハビリのような専門化以外に、一般の理学療法士でマッサージ師を併称するケースが多く、立花氏の勤める養成専門学校では、今夏から上海で5名の実習を行っている。このように、開業制は理学療法士の業務の拡大と多様化をもたらし、職種全体の発展につながる。

### 理学療法士の職業的地位向上

理学療法士・作業療法士の雇用について日下<sup>21)</sup>は①対象疾患の拡大②件数の増加③切れ目のないリハビリテーション提供の促進という観点から今後の増加の必然性を論証する一方で、「最も重要なものは関連団体による雇用の創出に対する努力である。」と警鐘を鳴らしている。職域の拡大については介護保険施設基準で理学療法士の配置が定められたが、業務独占でないため、認定を受けた運動器リハビリテーション従事者をもって代替しうることになっている。独立開業制は日下が指摘した、リハビリテーションの量的・質的拡大の必要性と医療費抑制政策との矛盾を克服し、同時に職域の拡大という効果を生じることにつながる。さらに、治療の有効性と安全性を担保する必要から、理学療法士でなければならない治療行為を特定する必要性が生じることになり、このことは、一定の範囲で業務独占を法制度化するという大きな転換につながる。開業制は、これまでの関係者による地道な研究活動の蓄積に加えて、当事者自身の努力が地位向上への道を拓くことにつながるものである。

## (3) 社会的効果

### 医療機器の開発による経済効果

従来日本の医療機器の販売価格は欧米より高いことが指摘されている<sup>22)</sup>。フランスのリハビリテーション診療所で用いられている医療機器はコンピュータ制御であっても価格の安いものが普及している。今後日本で在宅医療が拡大すれば、患家に置いておく医療機器の開発が必要になる。リハビリテーション機器は薬事法第二条に言う、「人の生命及び健康に影響を与えるおそれ」が少ない分野であり、先行事例として規制緩和と開発を進めることが容易であろう。

## 地方創生への効果

地方の存続にとって最も重要な要素は医療である<sup>23)</sup>。高齢期を控えたリタイア層がUターンを決意し、子育て世代が安心して移住するためには医療環境が重要であり、とりわけリハビリテーションを継続して受けられる環境は高齢者にとって不可欠である。開業専門職診療所はパリで視察した限りでは建物、設備ともに必要な投資は少なく済み、規模による利益を追求する必要性が低い（多数の患者を必要としない）。このため、人口の少ない地域でも開業が可能である。自然を好む若者であれば、農業との兼業も可能である。また、今後の国民健康保険改革の議論の中で、都道府県化のメリットを活かす観点から、医療給付の地域格差是正が求められるようになる。地域が必要とする医療サービスをできるだけ少ないコストで提供するうえで、開業制は有効な手法である。

## （4）医療費抑制効果

### ホテルコストの削減とコーディネート経費の充実

在宅化によってホテルコストが不要になることは、リハビリテーションにおいても他科と同様である。ただし、他職種連携のためのコーディネートコストを適切に報酬へ反映させなければ、在宅医療ネットワークの形骸化につながり、供給される医療水準は入院と比べて低下する。

## （5）開業制度のリスクを防ぎ、有効性を高めるための条件

### 過剰診療の防止

整形外科医の診断に基づく、診療報酬点数表に沿った処方箋に基づいて治療する場合は、過剰診療が生じる可能性は、原理的には存在しない。治療行為を具体的に記述しない「同意書」のような形式は診療報酬の根拠としてはあいまいさが生じ、資格に認められた業務範囲を逸脱する恐れがあるので、必ず、診療報酬の対応項目を明記した処方箋に基づくことが欠かせない条件になる。また、整形外科医以外が発行する処方箋は医師の資格上は問題がないとしても、有効性・安全性において問題があるため、整形外科医に限定する法整備が必要である。また、処方箋を根拠としても、医師の名義を借りる脱法行為は過剰診療の温床になるのみでなく、有効性・安全性の問題が生じるので、確実に排除できる仕組みとする必要がある。

## 利用者側の過剰利用（モラル・ハザード）への対応

4(1) で述べた患者側のメリットはそのまま患者の過剰利用というリスクにつながる。とりわけ、在宅医療の拡大に伴って顕在化する新たな課題として、訪問と外来との線引きがある。介護保険では認定を受けても、サービス供給量の不足から結果的には経費の増加が抑制されるが、医療の場合は全て供給されるため、医療費の適正化という観点からは独自の基準が必要に

なる。

### 処方箋の公定性の確立

「HADに限らずフランスの医療が動くための鍵は、医師の書く『処方箋』にあり、薬剤、看護処置、検査を含め全ての医療行為が保険の対象となるために、必ず必要なペーパーである<sup>24)</sup>」。筆者のパリでの経験でも、処方箋は医療専門職間の共通言語として信頼され、重視されている。

わが国ではかつて精神疾患が事故の原因になるという仮説の下に自動車免許取得に医師の診断書が義務づけられたが、専門性を無視した診断書では信頼性に疑問があり、廃止された。有効性が担保され過剰診療を防ぐ処方箋であるためには、責任ある医療団体による研修<sup>25)</sup>、評価、認定の制度が最低限の条件になる。標準化された処方箋が医療費適正化のさまざまな局面に活用できることは、フランスにおいて1995年のジュベ・プランの一環としてスタートしたIT化の実例によって立証されている。

わが国では処方箋は主に医療施設内での指示という、内部文書としての性格が強かったが、既に調剤分野では全国どの調剤薬局でも同じ処方が実行され、処方箋の公定性が確立されている。医科においても、生化学検査や高度な画像診断など処方箋による分業が普及してきている。リハビリテーションの開業制に対応する処方箋としては、全国的な表記の統一が必要であるほか、診療報酬点数表の表現で、「・・・における」と施術医療施設が条件となっている項目の見直しなど、技術的な整理を行う必要が生じるであろう。同様に病院でDPC (Diagnosis Procedure Combination) などの定額制の範囲に含まれている場合は開業診療所独自の基準が必要となる。

## 5 まとめと今後の課題

以上、理学療法士の開業制がもたらす、患者の利便性、医療供給体制の改革、社会的効果といった幅広いメリットと実現への条件を述べた。まとめとして、今回の視察から、日本に導入する上での核心と思われる課題を制度と意識の2面から述べる。

制度面の課題は前項で述べた「処方箋の公定性」の確立である。

意識面の課題の一つは専門職自身の自律性である。フランスでの人のつながりは、「“普遍的なルール”ないし“原理・原則（基本的理念）”というものが人と人とのつながりを支えている」<sup>26)</sup>。共同の診療所経営はこの意識によって支えられている。立花氏の個人診療所もDOT氏の複合診療所もオーナーの「城」ではなく、全ての機能を共同で使っている。育児休暇の交代要員の確保も全メンバーで責任を持って対処している。診療の現場や各機関の専門職との意見交換、さらにはオフタイムの懇談でのプライベートな交流を通じて、日本での開業制の可能

性について考え込まれることがあった。意識面の第2は利用者の意識で、日本では病院に対する信頼と依頼心が強いのに対して、フランスでは当然のように在宅を選び、入院した場合は1日も早く退院したが、表面化されにくい背景として、看護師のホスピタリティの低さを立花氏は指摘する。専門職については、在宅医療に必要なコミュニケーション力、マネジメント力、コミュニティの知識を教育課程に組み込む必要があり、利用者については、意識の転換と在宅医療充実の両面が同時並行で進められることが必要であろう。

日本では農村共同体解体後も、同質性をよりどころに情緒的に人がつながっていると言われてきた。しかし個人と外部社会との関わり方が急速に変化し、血縁関係や地域社会を前提とした「自助・共助」の限界が明らかになりつつある今日、自律的人間関係を前提としたフランスの制度は、利用者側、供給者側、保険者側全てにメリットをもたらす一つのモデルになりうると思われる。

本稿で提起した制度改革は、以上に述べたように理論上は可能でも、既得権益の調整など日本の現実から見た場合、現実性が乏しいように見えるかもしれない。しかし、急速に迫り来る医療危機にあたって、「だれもが必要な医療を必要な時に受けられる」公平な医療制度を維持するためには、患者側、供給者側、保険者側、政府の各当事者が痛みを受け入れる覚悟が何よりも重要である。同時に在宅医療を医療費削減という観点から見るのではなく、親族関係の希薄化や地域の活動力の低下による高齢者の孤立化への現実的な解答として、ケアの質を転換する好機ととらえ、同時にビジネスチャンスととらえるプラス思考が必要である。

本研究の主題を深める上で残された今後の課題として、第一に本稿では現実に体験したことをもとに考察するという制約から、対象を理学療法士に限定して論を進めたことがある。在宅医療のネットワークを形成するうえでは、他の医療専門職でも同様な検討が必要である。第二に論点の対象を開業制に限定したため、日本とフランス共に、在宅医療制度全体の中でのネットワーク形成には検討が及んでいない。この点は、今後文献研究と実態調査を進めた上で次の機会にまとめたい。第三に国民性の違いが考慮されていない。主観的要素は公共政策を形成するうえでの「基底要因」<sup>27)</sup>であり、とりわけ人と人との密接な交流を伴う医療制度にとっては重要である。主観的要素を数値で示す「福利厚生度の指数開発」<sup>28)</sup>は近年の研究技法の進歩によって進みつつあるが、個別の指標化の作業はまだ始まったばかりであり、今後の課題とせざるをえなかった。

結びに、本研究を進めるに当たって、ご協力頂いた学内教員及びフランスの医療関係者の方々に感謝申し上げます。

## 注

〔注1〕患者が在宅又は居宅の状態で、医療施設又は介護施設への通院もしくは訪問診療によって、医療専門職の関与のもとに行われるリハビリテーション活動。本稿ではその内で診療報酬または介



護報酬の対象になるものを言う。

[注2] 1957年に創設され、2009年の法律改正によって「完全なる入院サービスである」ことが明記された。診療報酬上も入院と位置付けられる。重篤な疾病で高度の技術と複数医療者の介入を必要とするもの、終末期ケア、看取りなどが対象になる。患者の自宅が医療機関として登録され、患者宅へ医療機器を設置し、在宅入院機関に所属するコーディネーターを中心にして、個人開業医療専門職の連携によって入院状態と同じ水準の医療ケアを提供する。これによって、医療費の節減と患者のライフスタイルを尊重した生活の質が確保される。

[注3] 英国で1948年に発足した国営医療制度。財源は全て税でまかなわれ、利用者負担はない。国内居住者は全てGP (General Practitioner) と呼ばれる家庭医への登録が義務づけられ、家庭医の紹介なしに病院にかかることはできない。

[注4] 基礎的制度の自己負担分をカバーする任意加入の私的医療保険。2005年から低所得者層の保険料を公費負担する「保険料負担支援制度」が実施されたことで、国民の9割以上が加入している。

[注5] 自己負担率は疾病の種類、重症度、医科か薬剤か、入院か在宅か、など様々な要素によって異なる。基本的には治療の必要度が明らかなものほど自己負担率は低い。

[注6] 医療費定額制の手法の一つで、国際疾病分類をもとに、臨床的・経済的に類似した200から500程度のグループに疾病を分類したもの。

[注7] 表中日本の「国営」には厚生労働省、独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、独立行政法人労働者健康福祉機構、国立高度専門医療研究センター、その他、都道府県、市町村、地方独立行政法人、日赤、済生会、北海道社会事業協会、厚生連、国民健康保険団体連合会、全国社会保険協会連合会、厚生年金事業振興団、船員保険会、健康保険組合及びその連合会、共済組合及びその連合会、国民健康保険組合を、「民間」には公益法人、医療法人、私立学校法人、社会福祉法人、医療生協、会社、その他の法人、個人を含む。フランスの「民間」には非営利民間病院を含む。(日本では法律上病院は非営利を原則としているためこれに合わせた。)

[注8] 全ての被保険者は社会保障登録番号に対応した「ヴァイタルカード」を持っており、レセプト情報がICチップに書き込まれている。医療専門職は「プロフェッショナルカード」によってヴァイタルカードにレセプト情報を書き込み、金庫へ直接診療報酬を請求することができる。

[注9] 日本の医療保険者に相当する組織で、基礎的医療保険制度の各制度毎に運営されている。

[注10] 制度上は個人診療所と同じだが、複数の職種の連携によって患者の利便性と治療効果の向上を目指すと共に、経営の安定を図るため共同で運営している。

[注11] 日本の制度と異なり、入院病床がない病院の設置が可能である。この法人が運営するもう一つの病院は入院と昼間を併設している。

[注12] 通常の勤労者の法定勤務時間は週35時間

## 文 献

- 1) 厚生労働省老健局老人保健課：社会保障審議会第46回介護保険部会資料3：10, 2013.08.28.
- 2) 勝原 裕美子 増野 園恵：看護師の業務と役割の模索 フランスの場合。看護管理, 13 (10) : 828-832, 2003.
- 3) 奥田七峰子：看護師のやりがいにつながる高い報酬。Community Care, 6 (1) : 17-22, 2005.
- 4) 善生まり子：フランスの在宅入院制度および在宅ケアシステムについて看護の観点から学ぶ「フランスの訪問看護事情視察」に参加して。埼玉県立大学紀要, 13 巻 : 39-147, 2012.
- 5) 立花 祥太朗：訪問セラピストのワークライフバランス 海外における訪問セラピストのワークライフ

- フバランス。訪問リハビリテーション 3 (3) : 597-603, 2013.
- 6) 吉田 清和：フランスのリハビリテーション医療について。総合リハビリテーション, 12 (1) : 70, 1984.
- 但し、文献 6) は医療改革が始まる 1991 年以前の文献であるため参照しなかった。
- 7) PALIER Bruno : La réform des systèmes de santé 6é edition. Universitaires de France, パリ : 2012, 26-28.
- 8) 松田晋哉：日本の医療制度を考える 仏蘭西の医療制度と日本。総合臨床 56 (12) : 3163-3167, 2007.
- 9) 松田晋哉：前掲書 8) : 3163-3167, 2007.
- 10) 立花祥太郎：フランスにおける在宅リハビリテーションの現状。訪問リハビリテーション, 4 (2) : p125, 2014.
- 11) フランス医療保障に関する研究会編：フランス医療関連データ集 2011 年版。一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会医療経済研究機構。東京, 2012, 53.
- 12) 岡田正人：フランスの医療制度の現状と問題。治療, 87 (2) : 406-407, 2005.
- 13) 立花祥太郎：前掲書 10) : 123-124, 2014.
- 14) 立花祥太郎及び診療所前経営者 Gilbert Kubis 氏 : 2014. 8. 25. 京都にて面談時の口頭説明。
- 15) 勝原 裕美子 増野 園恵：看護師の業務と役割の模索 フランスの場合。看護管理, 13 (10) : 831, 2003.
- 16) 岡田正人：フランスの医療制度の現状と問題。治療, 87 (2) : 408, 2005.
- 17) フランス医療保障に関する研究会編：前掲書 11) : 85-88, 2012.
- 18) **Présentation du Centre de Paris-Convention** : <http://www.lachataigneraie.asso.fr/Paris-Convention-presentation.php> (アクセス日 : 2014-08-29)。
- 19) Présentation de l'école : <http://www.ecoledassas.com/accueil.php> (アクセス日 : 2014-08-29)。
- 20) **OECD:Health-at-a-Glance-2013 (PDF 版)**。図 6. 3. 2. , **“Physicians density in predominantly urban and rural regions, selected countries, 2011 (or nearest year)”**, **パリ : 2013, 145**
- 21) 日下隆一：病院および一般診療所における理学療法士・作業療法士の雇用について。佛教大学保険医療技術学部論集, 8 : 65-66, 2014.
- 22) 経済企画庁：国民生活白書。大蔵省印刷局, 東京 : 1996, 153.
- 23) 折坂義雄：京北病院と北部山間地域 まちづくりの視点で整備を。京都新聞：朝刊 6 面, 2008.11.28.
- 24) 奥田七峰子：よりよい医院経営 フランスにおける在宅医療制度。治療, 91 (1) : 153-157, 2009.
- 25) 井伊雅子：「家庭医」質と財政両立の鍵, 経済教室。日本経済新聞：朝刊, 2012. 8. 1.
- 26) 広井良典：コミュニティを問い直す。筑摩書房, 東京 : 2010, 62.
- 27) 新藤宗幸：概説日本の公共政策。東京大学出版会, 東京 : 2004, 26.
- 28) ジョセフ・E・ステイグリッツ, アマルティア・セン他 1 名：暮らしの質を測る。金融財政事情研究会, 東京 : 2012, 20-21.

(おりさか よしお 看護学科)

2014 年 9 月 25 日受理